Aus der Medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt.
Vorstand: Professor Dr. Fritz Lange.

Ergebnisse aus der Gutachtertätigkeit

in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung bei herzkranken Frauen (eine statistische Auswertung aus 859 Fällen aus dem Jahre 1936).

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe einer hohen Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ruth Goerlich, geb. Vögele

aus Ulm a. D.

1940

Buchdruckerei K. Lindner, Friedberg b. Augsburg.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Referent:
Professor Dr. Fritz Lange-Dresden.

Tag der mündlichen Prüfung:
18. März 1940.

In den Ende des Jahres 1935 herausgegebenen „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen" hat Professor Fritz Lange die Fragen erörtert, die sich bei der Beurteilung herzkranker Schwangerer ergeben, und damit in einer für sämtliche Gutachterstellen des Reiches maßgebenden Abhandlung die vonseiten des Herzens und der Blutgefäße sich ergebenden Indikationen abgegrenzt, die — vom Standpunkt des verantwortungsbewußten und im Kinde das höchste Gut unseres Volkes sehenden Arztes aus — eine Schwangerschaftsunterbrechung bezw. eine Unfruchtbarmachung notwendig machen.

Damit wurde gleichzeitig von Lange ein Rahmen geschaffen für die Indikationen vonseiten des Herzens, außerhalb dessen in den allermeisten Fällen ein Antrag auf Unterbrechung oder Unfruchtbarmachung abgelehnt werden muß.

Von vornherein scheidet Lange diejenigen Anträge aus, bei denen lediglich Beschwerden und Störungen des Kreislaufes vorliegen, ohne daß gleichzeitig objektiv eine organische Schädigung des Herzens und der Blutgefäße nachweisbar wäre. Er sieht es deshalb als eine der wichtigsten Aufgaben bei der Begutachtung der Schwangerschaftsunterbrechungen an, die rein funktionellen Störungen von den organischen zu trennen.

Zu den funktionellen Störungen werden in erster Linie diejenigen gezählt, die sich aus der Hochdrängung des Zwerchfelles und der damit verbundenen Einengung des Brustraumes und Verlagerung des Herzens ergeben.

Die Schwierigkeiten werden aufgeführt, die sich bei der Entscheidung ergeben, ob die Beschwerden ihre Grundlage in organischen Herzstörungen finden oder nur rein vorübergehend durch funktionelle Änderungen bedingt sind, und es wird davor gewarnt, gewisse objektive Zeichen, die nicht durch organische

Herzveränderungen bedingt sind, zu Unrecht als Zeichen einer Herzerkrankung zu werten (so die ohne andere Symptome einhergehende, durch den Zwerchfellhochstand und die Lageveränderung des Herzens bedingte Vergrößerung des Herzens, das alleinige systolische Geräusch über der Herzspitze, die alleinige Betonung des 2. Pulmonaltones, eine unter oder über der Norm stehende Pulszahl, vereinzelte Extrasystolen, sowie endlich die durch die veränderten Verhältnisse im Becken bedingten Stauungserscheinungen an den Beinen).

Auch wenn der Nachweis einer organischen Herzerkrankung erbracht ist, welche die geklagten Beschwerden erklärt, so besteht bei weitem noch nicht die Notwendigkeit einer Unterbrechung. Nach Lange richtet sich die Beurteilung fast völlig nach der Leistungsfähigkeit des erkrankten Herzens, weniger nach der Art des vorliegenden Herzfehlers, wobei sich die Leistungsfähigkeit des Herzens darin ausdrückt, ob der Kreislauf bei einem Herzfehler kompensiert oder dekompensiert ist.

Lange kommt zu dem Ergebnis, daß bei kompensierten Herzfehlern die Unterbrechung auf keinen Fall angezeigt ist; bei Dekompensation ist die Unterbrechung nur dann indiziert, wenn es sich um einen schweren Fall mit ausgesprochener Dyspnoe, Cyanose, Katarrhen in den unteren Lungenabschnitten, Lebervergrößerung und Ödemen handelt, bei welchem trotz klinischer Behandlung die bedrohlichen Zeichen nicht verschwinden.

Bei leichten Fällen von Dekompensation soll unter allen Umständen versucht werden, durch medikamentöse und diätetische Behandlung den Kreislauf ins Gleichgewicht zu bringen und darin zu erhalten, der Schwangeren unter Zuhilfenahme aller zur Verfügung stehenden staatlichen und parteilichen Hilfsorganisationen die notwendige Schonung und Lebenshaltung zu garantieren, wobei den Vorbereitungen zur Entbindung größte Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Lange stellt also nur dann die absolute Indikation zur Unterbrechung oder zur Unfruchtbarmachung, wenn es sich um einen schwer dekompensierten organischen Herzfehler handelt. In allen anderen Fällen wird die Unterbrechung bei herzkranken Frauen entweder abgelehnt oder wenigstens als nicht ohne Weiteres notwendig angesehen, wobei in Fällen leichterer Dekompensation oder labiler Kompensation die notwendige ärztliche und soziale Fürsorge gefordert wird.

Diese Auffassung deckt sich weitgehend mit dem Inhalt eines von P a r a d e am 25. 2. 39 auf der Tagung der südostdeutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie gehaltenen und in der Nummer 18/1939 der Münchener Medizinischen Wochen-

schrift veröffentlichten Vortrags über Herzklappenfehler und Schwangerschaft.

Auch hier wird nach ausführlicher Besprechung der in diesem Zusammenhang auftauchenden theoretischen Probleme bei der Beurteilung der in der Schwangerschaft vorkommenden Klappenfehler ohne Rücksicht darauf, welches Vitium besteht, die Teilung in 3 Gruppen vorgenommen. Bei der Gruppe I (60—70%) handelt es sich um voll kompensierte Vitien, bei der Gruppe II (15—20%) um Gravide mit „labiler Kompensation", während die III. kleinste, aber gefährdetste Gruppe (10—15%) die richtig dekompensierten Fälle umfaßt.

Auch von Jaschke, der auf der 25. Tagung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1938 zu der Frage „Herzkrankheiten und Gestation" Stellung genommen hat und über eine 30-jährige Statistik verfügt, teilt die Herzklappenfehler Schwangerer in 3 verschiedene Grade ein und beurteilt hienach die Frage der Unterbrechung (Archiv für Gynäkologie 1938, Band 166, Seite 40). Er berechnet die Zahl der herzkranken Schwangeren jährlich in Deutschland auf 20 000—25 000.

Während früher die Mortalität bei herzkranken, schwangeren Frauen sehr hoch angegeben wurde (nach Parade 1912 12 bis 100%), ja man sogar vielfach der Ansicht war, eine Herzkranke dürfe überhaupt nicht schwanger werden, berechnet v. Jaschke die Mortalität bei herzkranken Schwangeren auf 1,18%, während sie bei normalen Schwangeren 0,5% beträgt.

Nachdem nun seit der Veröffentlichung des Langeschen Aufsatzes in den „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen" einige Zeit vergangen ist, ist es angebracht, das in den vergangenen Jahren bei den Gutachterstellen angesammelte Aktenmaterial zu sichten und auf Grund der gewonnenen Erhebungen für die zukünftige Arbeit Erfahrungen und Anregungen zu sammeln.

Herr Professor Dr. Fritz Lange hat mir in freundlicher Weise die Sichtung des in großem Umfange vorhandenen Aktenmaterials überlassen und mir damit Gelegenheit gegeben, für die Auswertung desselben die Grundlage zu schaffen.

Zur Verfügung standen insgesamt 859 ausgefüllte Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung bezw. Unfruchtbarmachung wegen Herzkrankheiten. Die Anträge stammten zum weitaus größten Teil aus dem Jahr 1936 und umfassen fast das ganze Reichsgebiet (es fehlen lediglich die Provinzstelle Hessen-Nassau und die bayrischen Verwaltungsstellen Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben), so daß die Aufstellung fast sämtliche herzkranke Schwangere erfaßt, bei denen innerhalb eines Jahres ein Antrag auf Unterbrechung der Schwangerschaft bezw. Unfruchtbarmachung gestellt wurde.

Von den in 859 Fällen gestellten Anträgen scheiden 41 aus, weil bei näherer Untersuchung eine Schwangerschaft nicht bestand und somit der Antrag irrtümlich gestellt war oder der Antrag noch vor der Entscheidung — meist von der Schwangeren selbst — zurückgezogen wurde. Von den verbleibenden 818 Anträgen wurden 29 auf Sterilisation allein gestellt, wovon 27 genehmigt und 2 abgelehnt wurden.

Im Einzelnen enthält Aufstellung I sämtliche Zahlen über die verwaltungsmäßige Herkunft und über das Ziel der Anträge (Unterbrechung, Unfruchtbarmachung, Unterbrechung zusammen mit Unfruchtbarmachung), sowie über die Entscheidungen der Gutachterstellen.

Aufstellung I.

Gutachter-Stelle	Zahl der Anträge	Unvollständige und irrtümliche Fälle		Anträge auf Unterbrechung				Anträge auf Unfruchtbarmachung				Anträge auf Unterbrechung und Unfruchtbarmachung			
				genehmigt		abgelehnt		genehmigt		abgelehnt		genehmigt		abgelehnt	
		Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%	Zahl	%
Prov.-Stelle Ostpreussen	58	4	6,9	26	44,8	21	36,2					7	12,1		
Prov.-Stelle Brandenburg	50	4	8,0	19	38,0	18	36,0					8	16,0	1	2,0
Verw.-Stelle Berlin	134	5	3,8	46	34,3	69	51,5	3	2,2			11	8,2		
Prov.-Stelle Pommern	27	1	3,5	12	44,7	8	29,8	1	3,5			5	18,6		
Prov.-Stelle Schlesien	60	5	8,4	17	28,3	25	41,7	6	10,0			7	11,6		
Prov.-Stelle Schl.-Holstein	35	1	2,9	11	31,5	19	54,3			1	2,9	3	8,4		
Landesstelle Niedersachsen	27	4	14,9	5	18,5	13	48,1					5	18,5		
Landes- u. Provinz-Stelle Sachsen-Anhalt	50	2	4,0	19	38,0	13	26,0					14	28,0	2	4,0
Prov.-Stelle Westf.-Lippe	35	1	2,8	11	31,4	9	25,7	3	8,6	1	2,9	10	28,6		
Prov.-Stelle Rheinprovinz	65	4	6,3	26	40,0	13	20,0	6	9,2			14	21,5	2	3,0
Landesstelle Hamburg	35	1	2,9	19	54,3	9	25,7	1	2,9			5	14,2		
Landesstelle Mecklenb.-Lübeck	25			10	40,0	11	44,0	1	4,0			3	12,0		
Landesstelle Sachsen	85	2	2,4	30	35,3	38	44,7					14	16,4	1	1,2
Landesstelle Thüringen	37	1	2,8	14	37,8	16	43,2					5	13,5	1	2,8
Landesstelle Kurhessen	14	1	7,1	4	28,6	3	21,4					6	42,9		
Landesstelle Baden	32			6	18,8	14	43,7	2	6,2			9	28,2	1	3,1
Landesstelle Württemb.-Hohenz.	57	2	3,6	11	19.3	21	36,8	3	5,3			19	33,3	1	1,7
Verw.-Stelle München-Stadt	13			4	30,8	6	46,2					2	15,4	1	7,6
Landesstelle Saarpfalz	20	3	15,0	4	20,0	7	35,0	1	5,0			5	25,0		
Zusammen	859	41	4,9	294	34,2	333	38,7	27	3,1	2	0,2	152	17,7	10	1,2

Es wurden also von insgesamt 789 Anträgen auf Unterbrechung bezw. auf Unterbrechung mit Unfruchtbarmachung 343 d. h. 40,1% der Gesamtzahl abgelehnt. Die entsprechenden Prozentzahlen in den einzelnen Gutachterstellenbezirken schwanken zwischen 21,4% (Kurhessen) und 57,2% (Schleswig-Holstein). Die höchsten Ablehnungsziffern haben neben Schleswig-Holstein München-Stadt (53,8%), Groß-Berlin (51,5%) und Niedersachsen (48,1%), die niedersten neben Kurhessen Rheinprovinz (23%), Hamburg (25,7%) und Westfalen-Lippe (28,6%). Von den 343 abgelehnten Anträgen lauteten 333 auf Unterbrechung und 10 auf Unterbrechung mit Unfruchtbarmachung. Von den 446 genehmigten Anträgen lauteten 294 auf Unterbrechung und 152 auf Unterbrechung mit Unfruchtbarmachung. Es wurden also von den nur auf Unterbrechung lautenden 627 Anträgen 333, von den auf Unterbrechung und Unfruchtbarmachung lautenden 162 Anträgen nur 10 abgelehnt.

Von den 343 abgelehnten Fällen wurde der Antrag abgelehnt:

in 41%, weil ein krankhafter Herzbefund nicht da war,

in 23,8% bei kompensierter Mitralinsuffizienz,

in 12,3% bei gut kompensierter Mitralstenose oder kombiniertem kompensiertem Mitralvitium,

in 2,5% bei gut kompensiertem Aortenklappenvitium,

in 8,2% bei sonstigen gut kompensierten Klappenvitien,

in 1,2% bei gering dekompensiertem Klappenvitium,

in 6,3% bei gut kompensiertem Herzmuskelschaden,

in 0,3% bei gering dekompensiertem Herzmuskelschaden,

in 4,4% bei thyreotoxisch-geschädigter Herzfunktion.

Die Tatsache, daß in einer so hohen Prozentzahl von Fällen überhaupt kein Herzschaden bestand, daß also die bei dem Antrag gestellte Diagnose eines organischen Herzfehlers von den nachuntersuchenden Ärzten nicht bestätigt werden konnte, weist wieder einmal auf die Schwierigkeiten hin, bei einer Schwangerschaft überhaupt festzustellen, ob ein Herzschaden vorliegt oder nicht. Hieraus geht hervor, wie wichtig es ist, daß die Diagnose des antragstellenden Arztes von einem zweiten Berufskameraden, evtl. von einem Facharzt, unter Umständen in klinischer Beobachtung, überprüft wird, damit nicht wie früher Unterbrechungen vorgenommen werden in Fällen, wo gar kein organischer Herzfehler besteht.

Um zu zeigen, daß die ablehnenden Entscheidungen der Gutachterstellen berechtigt sind, und damit die günstige Auswirkung der Richtlinien und des ganzen Gutachterverfahrens auf die Lebensbilanz ins richtige Licht zu stellen, wurde das Schicksal der Frauen mit abgelehnten Anträgen weiterverfolgt:

in 264 Fällen (76,9%) wurde spontan oder mit ärztlicher Hilfe ein gesundes Kind geboren, ohne daß Mutter oder Kind Schaden gelitten hätten,

in 8 Fällen (2,3%) ist das Kind lebend geboren worden, jedoch bald nach der Geburt gestorben,

in 3 Fällen (0,9%) ist die Mutter nach der Geburt gestorben, wobei es dem Kind gut ging,

in 1 Fall (0,3%) ist Mutter und Kind nach der Geburt gestorben,

in 5 Fällen (1,5%) kam es zur Geburt einer toten Frucht, wobei es der Mutter gut ging,

in 2 Fällen (0,6%) ist die Mutter noch vor der Geburt gestorben,

in 40 Fällen (11,7%) kam es zum Spontanabort.
Davon wurden 3 Aborte als fieberhaft gemeldet. Allein 15 dieser 40 Aborte wurden von der Gutachterstelle Groß-Berlin gemeldet.

in 2 Fällen (0,6%) mußte trotz der Ablehnung aus Indicatio vitalis noch eine Unterbrechung gemacht werden (eine dieser Frauen kam kurz nach der Operation an Herzschwäche ad exitum).

in 18 Fällen (5,2%) konnte über das Schicksal der Frauen nichts mehr ermittelt werden. Es ist anzunehmen, daß ein Teil dieser Frauen normal geboren hat, während man den Rest sicher als Abort buchen muß.

Also über $^3/_4$ aller Frauen mit abgelehnten Anträgen haben gesunde Kinder geboren, ohne selbst Schaden zu leiden. Die Annahme, daß diese Kinder vor der Einrichtung der Gutachterstellen nicht geboren worden wären, hat wohl ihre Berechtigung. Jedoch ist der wirkliche Gewinn an lebenden Kindern durch diese Zahlen nicht zu erfassen, da das Gutachterverfahren nicht nur viele Anträge zur Ablehnung bringt, sondern vielfach auch verhindert, daß überhaupt ein Antrag gestellt wird, indem die Gutachterstelle eine heilsame Bremse für schlecht begründete Antragstellungen ist.

Durch diesen Gewinn an Leben mag die verhältnismäßig hohe Zahl der Aborte und Totgeburten verschmerzt werden. Wenn auch angenommen werden muß, daß ein großer Teil der Aborte von den Frauen gewünscht, ja unterstützt wurde (die hohe Zahl der in Berlin gemeldeten Aborte — 37,5% der Zahl im ganzen Reich — fällt in diesem Zusammenhang auf), so muß doch auch die Ursache dieser Aborte darin gesucht werden, daß

bei organischen Herzerkrankungen eher ein Abortus zustande kommt als eine Schädigung der Mutter. Oft ist eben der Spontanabort die natürliche Selbsthilfe des herzkranken Körpers.

In 7 von insgesamt 343 Fällen (d. h. in 2,04%) kam es zum Tod der Mutter, davon 2 mal (Fall 1 und 2) noch im Verlauf der Schwangerschaft, 1 mal (Fall 3) kurz nach einer aus indicatio vitalis durchgeführten Unterbrechung, 1 mal (Fall 4) nach der Geburt mit Verlust des Kindes und 3 mal (Fall 5 bis 7) nach der Geburt unter Gewinn des Kindes (davon in Fall 7 Tod nach Uterus-Exstirpation wegen Placenta praevia, also nicht als unmittelbare Folge eines Herzleidens). Wegen der Wichtigkeit seien die 7 Fälle, von denen bei 4 Mitralstenose die Ursache des Todes war, mit den Diagnosen im Einzelnen aufgeführt:

1. Eine 30jährige Schwangere im 4. Monat der 3. Schwangerschaft. Es handelt sich um eine dekompensierte Mitralstenose mit Embolieen. Beide Gutachter, der 1. und der 2. Gutachter, sprechen sich für eine Unterbrechung aus. Trotzdem wird ohne Oberbegutachtung die Unterbrechung abgelehnt. In diesem Falle ist die Ablehnung, ohne eine klinische Oberbegutachtung herbeigeführt zu haben, nicht angebracht gewesen.

2. Eine 22jährige ledige Erstschwangere mit Mitralinsuffizienz, asthenischem Habitus und Schwangerschaftserbrechen. Die Mitralinsuffizienz wird als kompensiert angegeben. Die Kranke ist angeblich nach einiger Zeit gestorben. Etwas Näheres konnte über diesen Fall nicht in Erfahrung gebracht werden.

3. Eine 24jährige Erstschwangere im 3. Monat, ebenfalls ledig, wird wegen Herzmuskelinsuffizienz bei starkem Gibbus nach Tuberkulose wegen Schwangerschaftsunterbrechung begutachtet. Der 1. Gutachter spricht sich für die Unterbrechung, der 2. für eine klinische Beobachtung aus. Noch während des Klinikaufenthaltes tritt eine plötzliche Verschlechterung ein, sodaß noch eine Unterbrechung vorgenommen werden mußte. Die Kranke verstarb noch in derselben Nacht. Dieser Todesfall ist also unbeeinflußt von der Entscheidung der Begutachtung.

4. Eine 35jährige Frau im 4. Schwangerschaftsmonat, die 3 lebende Kinder hat, wird auf Antrag begutachtet. Es handelt sich um eine leicht dekompensierte Mitralinsuffizienz und -stenose. Gutachter 1 ist für Unterbrechung, Gutachter 2 für Klinikbeobachtung. Der Oberbegutachter lehnt ab, da eine Unterbrechung mindestens so schwer sei wie die Geburt. Die Mutter stirbt nach der Geburt. Das lebend geborene Mädchen stirbt später. In diesem Falle ist schon bei der Oberbegutachtung erwogen, daß eine Unterbrechung eine Lebensgefahr bedeute, da die Schwangerschaft schon bis zum Ende des 4. Monats vorgeschritten war. Es handelte sich also um einen im Ganzen recht gefährdeten Fall.

5. Eine 23jährige Frau, nullipara, im 4. Schwangerschaftsmonat, begutachtet wegen der Diagnose Aorteninsuffizienz, Mitralinsuffizienz und -stenose und Anämie. Der Gutachter 1 ist gegen, der Gutachter 2 für Unterbrechung. Der Oberbegutachter ist „bedingt gegen eine Unterbrechung" und schlägt ärztliche Beobachtung vor. Die Mutter stirbt bei der Geburt, das Kind lebt. In diesem Fall ist das Abwarten des Obergutachters mit Wahrscheinlichkeit auf

den Wunsch der Mutter, ein Kind zu erhalten, zurückzuführen. Sachlich wäre eine Unterbrechung richtiger gewesen.

6. Eine 25jährige Frau im 3. Monat der 2. Schwangerschaft. Es handelt sich um eine kompensierte Mitralinsuffizienz mit Stenose. Beide Gutachter sprechen sich gegen eine Unterbrechung aus, da offenbar der Kreislauf gut kompensiert war. Die Mutter stirbt nach der Geburt. Das Kind bleibt gesund. Das Urteil ist auch bei Überprüfung richtig gewesen. Der Todesfall der Mutter kam unerwartet.

7. Eine 35jährige Frau im 3. Schwangerschaftsmonat nach 10 vorhergehenden Geburten. Begutachtung wegen eines Mitralvitiums. Die Gutachter sind beide gegen eine Unterbrechung. Die Frau stirbt am 5. Tage nach der Entbindung an den Folgen der Entfernung des Uterus, die wegen einer Placenta praevia vorgenommen wurde. Der Todesfall war nicht durch den Kreislauf bedingt, sondern Folge der Placenta praevia. Das Urteil war nach den Richtlinien richtig.

Unter den abgelehnten Anträgen, bei denen nachher ohne Schaden der Mutter lebende Kinder geboren wurden, fanden sich neben den zahlreichen vollkommen negativen oder leichten Fällen auch einige schwere Fälle, so eine dekompensierte Mitralstenose, bei der die Dekompensation auf entsprechende klinische Behandlung zurückging, ein ebenfalls auf Behandlung kompensiertes, ursprünglich dekompensiertes Klappenvitium, ein dekompensierter Klappenfehler mit Lungentuberkulose, ein dekompensierter Myocardschaden mit Lungentuberkulose, eine Mitralstenose mit kombiniertem Aortenvitium, bei der während der Geburt in der Austreibungszeit Strophanthin gegeben werden mußte, und ein kombiniertes Mitral- und Aortenvitium. Man sieht hieran die Wichtigkeit der ärztlichen Betreuung und eventuell klinischen Behandlung der herzkranken Schwangeren nicht nur während der Schwangerschaft, sondern auch in der Geburt und im Wochenbett.

Über die Diagnosen der 446 Fälle, in denen Schwangerschaftsunterbrechungen befürwortet und durchgeführt wurden, gibt Aufstellung II Aufschluß:

Aufstellung II.

Mitralinsuffizienz u. -Stenose	kompensiert	13	
	dekompensiert	131	zus. 144 = 32,3%
Mitralinsuffizienz (einschließlich der als Mitralvitium bezeichneten Fälle)	komp.	27	
	dekompensiert	81	zus. 108 = 24,2%
Mitralstenose	kompensiert	14	
	dekompensiert	45	zus. 59 = 13,2%
Aortenvitium	kompensiert	5	
	dekompensiert	6	zus. 11 = 2,8%

Muskuläre Herzinsuffizienz ohne Klappenbeteiligung	gut kompensiert	7	
	an der Grenze der Dekomp.	42	
	dekompensiert	54 zus. 103*)	= 23,1 %
Sonstige Herzerkrankungen		6	= 1,4 %
Kreislaufschäden aufgrund anderer Erkrankungen		15	= 3,0 %
Zusammen		446	

*) = davon 19 Thyreotoxikosen.

In Ergänzung zur Aufstellung II sei noch mitgeteilt, daß in 23 Fällen außer dem Herzbefund eine Kyphoskoliose, in 9 Fällen eine Lungentuberkulose bestand. In 4 Fällen mögen eugenische Gesichtspunkte die Entscheidung mit beeinflußt haben (kompensierte Mitralstenose + Debilität, Mitralvitium + Retinitis pigmentosa, Vitium + enges Becken + minderwertige Erbmasse, Vitium + Psychopathie), in 2 Fällen lag eine nachweisbare Lues vor (Thyreotoxikose + Tabes, dekompensiertes kombiniertes Aortenvitium mit Aneurysma).

In der Aufstellung II fällt vor allem der hohe Anteil der Mitralstenose an den befürworteten Anträgen auf: in insgesamt 203 Fällen wurde bei Mitralstenose die Genehmigung zur Unterbrechung gegeben.

Aufstellung III berichtet über den Anteil der einzelnen Diagnosen an den Befürwortungen und Ablehnungen. Der Aufstellung liegen 818 Fälle zugrunde, wobei die 29 wegen Sterilisatio allein gestellten Anträge mit eingeschlossen sind:

Diagnose		befürwortet in %	abgelehnt in %
Mitralinsuffizienz + -Stenose	komp.	40	60
	dekomp.	100	0
Mitralinsuffizienz (einschließl. der als Mitralvitium bezeichneten Fälle)	komp.	31	69
	dekomp.	98	2
Mitralstenose	komp.	40	60
	dekomp.	98	2
Aortenvitium	komp.	90	10
	dekomp.	100	0
Musk. Insuffizienz ohne Klappeninsuffizienz	komp.	23	77
	dekomp.	98	2
	an der Grenze der Dekomp.	70	30
Keine Herzerkrankung		10	90

Über das weitere Schicksal der 446 genehmigten Fälle ist zu berichten, daß in den allermeisten Fällen die Unterbrechung durchgeführt wurde ohne Schaden für die Frauen. In einer kleinen Zahl von Fällen (etwa 10) weigerten sich die Frauen, die Unterbrechung durchführen zu lassen, und nahmen lieber das Risiko einer Fortsetzung der Schwangerschaft auf sich. In keinem dieser Fälle kam es zu einer solchen Verschlechterung des Herzleidens, daß die Frau ihren Willen zum Kind mit dem Leben bezahlen mußte. Auch sind Aborte in diesen Fällen nicht in nennenswerter Anzahl gemeldet worden.

Dagegen sind 4 (= 0,9%) Todesfälle zu melden, die während oder nach der Unterbrechung aufgetreten sind. Bei 3 dieser Fälle lag Mitralstenose vor. In allen 4 Fällen war auch nach jetziger Überprüfung die Indikation zur Unterbrechung richtig gestellt worden, sodaß man sie als schicksalsbedingt ansehen muß:

1. Eine 36jährige Zweitschwangere im 3. Monat der Schwangerschaft mit der Diagnose Myocardschaden bei Hypertonie mit beträchtlicher Dekompensation. Beide Gutachter haben sich für die Unterbrechung entschieden. Die Unterbrechung wurde ausgeführt. Bei der Operation verstarb die Mutter.
2. Eine 26jährige Erstschwangere im 3. Schwangerschaftsmonat litt an einer dekompensierten Mitralstenose und -insuffizienz. Beide Gutachter sprachen sich für die Unterbrechung aus. Die Unterbrechung wurde vollzogen. 10 Tage nach der Operation verstarb die Mutter an akuter Herzschwäche.
3. Eine 32jährige Zweitschwangere im 2. Monat der Schwangerschaft leidet an einer dekompensierten Mitralstenose mit -insuffizienz. Komplizierend ist eine alte Lungentuberkulose. Beide Gutachter entscheiden sich für die Unterbrechung. Die Unterbrechung wird ausgeführt. Einige Tage darnach verstirbt die Kranke.
4. Eine 25jährige ledige Erstschwangere im 4. Monat leidet an einem dekompensierten Mitralvitium. Beide Gutachter entscheiden sich für Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Unterbrechung wird ausgeführt. Nach dem Eingriff tritt ein akutes Versagen des Herzens auf, das zum Tode führt.

Außer den bisher mitgeteilten 11 Todesfällen sind im Verlauf des Gutachterverfahrens oder noch vor der geplanten Unterbrechung bezw. Unfruchtbarmachung 6 weitere Frauen verstorben, sodaß sich die Gesamtmortalität aus den 859 Fällen auf 17, d. h. 1,97% erhöht. Diese Prozentzahl ist um 0,79% höher als die von v. Jaschke angegebene. In 3 dieser Fälle war der Antrag bereits befürwortet worden und der Tod erfolgte zwischen Urteil und Durchführung, in 1 Fall kam es nicht mehr zur Begutachtung, da aus Indicatio vitalis eine künstliche Frühgeburt eingeleitet werden mußte, während der die Frau verstarb, wobei das Kind — allerdings nur 43 cm lang — am Leben erhalten werden konnte, in einem ähnlichen Fall erfolgte der Tod ebenfalls vor der Begutachtung und in 1 Fall trat der Tod

während des Verfahrens zwischen der 1. Begutachtung und der Oberbegutachtung ein. In sämtlichen Fällen handelte es sich um schwere dekompensierte, meist kombinierte Mitralfehler, immer unter Beteiligung einer Mitralstenose.

Zur Veranschaulichung, inwieweit in den einzelnen Gauen von der Einrichtung des Oberbegutachters Gebrauch gemacht wurde und wie die Entscheidung des Oberbegutachters im Einzelnen lautete, dient folgende Aufstellung IV:

Aufstellung IV.

Gutachterstelle	Zahl der Anträge insges.	davon vom O.-Gutachter begutachtet	Befürwortet	Abgelehnt	Andere Erledigung
Ostpreußen	58	11	3	8	
Brandenburg	50	13	3	10	
Groß-Berlin	134	69	16	51	2
Pommern	27	12	9	3	
Schlesien	60	12	4	8	
Schleswig-Holstein	35	8	5	3	
Niedersachsen	27	9	4	5	
Sachsen-Anhalt	50	9	2	7	
Westfalen-Lippe	35	6	3	3	
Rheinprovinz	65	9	5	2	2
Hamburg	35	13	9	4	
Mecklenburg-Lübeck	25	9	4	5	
Sachsen	85	26	12	13	1
Thüringen	37	12	4	8	
Kurhessen	14	2		2	
Baden	32	7	2	5	
Württemberg-Hohenzollern	57	9	1	8	
München-Stadt	13	7	3	4	
Saarpfalz	20	6	2	4	
Zusammen	859	249	91	153	5
in %		29 aller Anträge	36,6 aller von einem Oberbegutachter beurteilten Anträge.	61,4	2,0

Die Aufstellung zeigt, daß 29% aller Anträge durch Oberbegutachter, d. h. durch Fachärzte, begutachtet wurden. 36,56% der vom Oberbegutachter bearbeiteten 249 Anträge wurden befürwortet, 61,44% wurden abgelehnt, 2% fanden eine andere Erledigung. Die entsprechenden Prozentzahlen aus der Gesamtheit der 859 Fälle betragen 55% für die Befürwortungen und 40,1% für die Ablehnungen. Dies bedeutet, daß vonseiten der

Oberbegutachter eine viel größere Zahl von Anträgen abgelehnt wurden als von der Menge der übrigen Gutachter. Es ist also vonseiten der Oberbegutachter die Indication zur Unterbrechung viel strenger gestellt worden, ohne daß dadurch mehr Todesfälle sich ereignet hätten. Dies ist einmal ein Beweis für die segensreiche Einrichtung des Oberbegutachtungswesens, zum andern aber auch eine Aufmunterung zur Engerstellung der Indication für die, die bisher in der Indicationsstellung weitherzig waren. Am meisten wurde von der Einrichtung des Oberbegutachtungswesens in den Gutachterstellen München, Berlin und Pommern Gebrauch gemacht, am wenigsten in Kurhessen und in der Rheinprovinz. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil München und Berlin zu den Gauen gehört, die die höchsten, Kurhessen und Rheinprovinz zu denen, die die niedrigsten Ablehnungsziffern aufweisen.

In den 41 Fällen, in denen das Gutachterverfahren nicht zu Ende geführt wurde, handelte es sich teils um Frauen, bei denen sich bei näherer Untersuchung keine Schwangerschaft fand (29 Fälle), teils um solche, die sich aus irgendwelchen Gründen weigerten, sich mehrfach untersuchen zu lassen. Oft war es innere Ablehnung der ärztlichen Untersuchung gegenüber, mehrfach — besonders bei Frauen der ländlichen Bevölkerung im Sommer — hatten die Frauen angeblich keine Zeit, zur Untersuchung zu erscheinen. In 3 Fällen, die bereits erwähnt wurden, kam der Tod den menschlichen Maßnahmen zuvor.

Der Zeitpunkt, zu dem der Antrag auf Unterbrechung gestellt worden war, war meist der 2. oder 3. Schwangerschaftsmonat: im 1. Monat in 0,8%, im 2. in 32,6%, im 3. in 40,6%, im 4. in 13,3%, im 5. in 3,9% und im 6. bis 9. Monat in zusammen 3,2%. Der Schwangerschaftsmonat war nicht zu ermitteln in 2,2%. In 3,4% lag eine Schwangerschaft überhaupt nicht vor.

Unter den Schwangeren befanden sich zahlreiche Mütter mit mehreren Kindern. Es hatten vor der zu beurteilenden Schwangerschaft

keine Geburt	206	=	24%
1 Geburt	200	=	23,9%
2 Geburten	165	=	19,2%
3 Geburten	108	=	12,6%
4 Geburten	61	=	7,1%
5—8 Geburten	93	=	10,2%
Über 8 Geburten	15	=	1,7%
Unbekannt	11	=	1,3%

Die kinderlosen und kinderarmen Frauen sind am häufigsten in den Großstädten Berlin, Hamburg und München, außerdem

in Pommern, die kinderreichen Frauen finden sich mehr in den Gauen Thüringen, Westfalen, Württemberg-Hohenzollern, Schleswig-Holstein und Mecklenburg, also in vorwiegend ländlichen Gebieten. Die Beobachtung, daß in den einen Gebieten die Frauen viel eher schon bei der 1. und 2. Schwangerschaft zur Unterbrechung kommen, während in anderen Gebieten mehr erst eine spätere Schwangerschaft der Gegenstand der Begutachtung ist, erscheint bemerkenswert. Es mag dies zum großen Teil mit den sozialen Verhältnissen in der Großstadt zusammenhängen.

Es wurde versucht, die begutachteten Frauen nach der sozialen Lage in 3 Stufen einzuordnen, wobei neben der Einkommenshöhe der Familienstand, die Arbeitsfähigkeit des Mannes und die Kinderzahl berücksichtigt wurden. Es ergab sich dabei folgendes Bild:

in 11 Fällen = 1,3% war die Lage gut zu nennen,
in 227 Fällen = 26,4% war die Lage mittelmäßig zu nennen,
in 584 Fällen = 68% war die Lage ausgesprochen schlecht zu nennen,
in 37 Fällen = 4,3% war die Lage nicht mehr zu ermitteln.

Nach dem Familienstand waren von den 859 Frauen 735 = 85,7% verheiratet, 107 = 12,4% ledig, 9 = 1% geschieden und 8 = 0,9% verwitwet. Die Gesamtzahl der außerehelichen Schwangerschaften betrug demnach 124, d. h. 14,3%, sie liegt also weit über dem Reichsdurchschnitt. Die Zahl der außerehelichen Schwangerschaften ist besonders hoch in München (fast die Hälfte aller Begutachtungen), in Berlin (30%) und in Pommern.

Nach der Volkszugehörigkeit befanden sich unter den begutachteten Frauen 850 Deutsche, 8 Jüdinnen und 1 Türkin.

Was das Alter der Frauen betrifft, so fanden sich in dem bearbeiteten Material alle Lebensalter vom 15. bis zum 48. Lebensjahr, wobei über die Hälfte aller Frauen zwischen 25 und 35 Jahre alt war. Im Einzelnen ergibt sich folgendes Bild:

zwischen	15—20 Jahre alt waren	13 Frauen	= 1,5%
	21—25	107	12,5%
	26—30	210	24,4%
	31—35	248	28,8%
	36—40	187	21,7%
über	40	83	9,8%.

In 11 Fällen = 1,3% war das Alter nicht mehr festzustellen. Bezüglich des Lebensalters der Frauen bekommt man ein

ähnliches Bild wie bezüglich der Zahl der vorausgegangenen Schwangerschaften. Auch hier weisen die Großstädte Berlin, Hamburg und München, ferner Niedersachsen mehr jüngere Frauen auf, während es in Württemberg-Hohenzollern, Thüringen und Brandenburg mehr die älteren Frauen sind, die zur Begutachtung kommen. In den übrigen Gauen bewegen sich die Zahlen um den Reichsdurchschnitt.

Unter allen Gutachten wurden in 191 Fällen = 22,2% Antrag auf Sterilisation gestellt. In 29 Fällen war lediglich Sterilisation beantragt worden, 2 davon wurden abgelehnt, 29 befürwortet. Zusammen mit Unterbrechung wurden 162 Anträge auf Sterilisation gestellt, davon 10 abgelehnt und 152 genehmigt. Aus der außerordentlich niederen Zahl der Ablehnungen ist ersichtlich, daß die Fälle, in denen ein Antrag auf Sterilisation gestellt wurde, durchaus triftige Gründe aufweisen, die zur Antragstellung führten.

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit, durch kritische Sichtung und zahlenmäßige Erfassung der zahlreichen, innerhalb eines Jahres auf den Gutachterstellen angesammelten Gutachtenformulare eine sichere Grundlage für die weitere theoretische Auswertung und vor allem für die praktischen Schlußfolgerungen zu schaffen, erscheint mir damit im wesentlichen erfüllt zu sein. Es ist dadurch möglich geworden, wenigstens auf dem Gebiet der Herzkrankheiten das bisher von den Gutachterstellen für Schwangerschaftsunterbrechung Geleistete zu überblicken, die Einrichtung der Gutachterstellen und die Technik der Antragstellung und Begutachtung bezüglich ihrer Bewährung zu überprüfen und Verbesserungsvorschläge zu machen, soweit dies notwendig erscheinen sollte. Gleichzeitig ist auch sichtbar geworden die umfangreiche Kleinarbeit, die die deutschen Ärzte auch auf diesem engumgrenzten Gebiet im Kampf um die Erhaltung und Weiterführung des deutschen Lebens in einer kurzen Spanne Zeit geleistet haben.

Wenn auch die vorstehenden dürren Zahlen die Schwierigkeiten des einzelnen Falles, möge er auch unter einer noch so harmlosen Diagnose stehen, nie ganz wiederspiegeln können, so ermöglichen sie doch Rechenschaft über das schon Geleistete und geben Anregung für das noch zu Leistende und tragen dadurch ein kleines Teil an der Erfüllung der großen Aufgaben.

Zusammenfassung.

859 vorwiegend aus dem Jahr 1936 stammende, fast sämtliche Gutachterstellen des Reiches umfassende Anträge auf Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung auf Grund von Indikationen vonseiten des Herzens wurden durchgesehen und statistisch geordnet. Folgende Gesichtspunkte fanden bei der Sichtung besondere Berücksichtigung:

Zahl der befürworteten Anträge

Zahl der abgelehnten Anträge

Verhältnis der Ablehnungen und Befürwortungen, insgesamt und in den einzelnen Gutachterstellen

Zahl der auf Unterbrechung, auf Unfruchtbarmachung, auf beides lautenden Anträge

Weiteres Schicksal der Frauen mit abgelehnten Anträgen

Zahl der nach der Ablehnung eingetretenen Aborte, Totgeburten und Todesfälle

Sammlung der nach der Ablehnung eingetretenen Todesfälle

Diagnosen der abgelehnten Anträge

Sammlung besonders schwerer Fälle, bei denen trotz Ablehnung der Unterbrechung ohne Schaden für die Mutter ein gesundes Kind geboren wurde

Diagnosen der genehmigten Anträge

Anteil der einzelnen Herzdiagnosen an den Befürwortungen und Ablehnungen

Weiteres Schicksal der Frauen mit genehmigten Anträgen

Sammlung der während oder nach der Unterbrechung eingetretenen Todesfälle

Sammlung der im Verlauf des Gutachterverfahrens eingetretenen Todesfälle

Beteiligung von Obergutachtern, unter Berücksichtigung der einzelnen Gutachterstellen

Nicht vollständig begutachtete Anträge und die Ursache der Nichtbeendigung des Verfahrens

Zeitpunkt der bestehenden Schwangerschaft zur Zeit der Antragstellung

Zahl der der zu begutachtenden Schwangerschaft vorausgegangenen Schwangerschaften

Soziale Lage der Frauen

Familienstand der Frauen

Volkszugehörigkeit der Frauen

Lebensalter der Frauen.

An Schrifttum standen zur Verfügung:

Lange Fritz, „Indikationen vonseiten des Herzens" in „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen", München 1936.

Parade, „Herzklappenfehler und Schwangerschaft" in M.M.W. 18/1939, Seite 681.

v. Jaschke, „Herzkrankheiten und Gestation", Vortrag gehalten auf der 25. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Ref. im Arch. Gyn. 1938, Band 166, Seite 40.

Zum Schluß möchte ich meinem verehrten früheren Chef, Herrn Prof. Dr. Fritz Lange, Direktor der Medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt, für die freundliche Überlassung des Themas meinen herzlichen Dank sagen.

Lebenslauf.

Am 7. September 1911 wurde ich in Ulm a. D. als Tochter des Postinspektors Eduard Vögele und seiner Ehefrau Elsa, geb. Bauer, geboren. Nach Besuch der Elementarschule und des humanistischen Gymnasiums in Ulm besuchte ich die Universitäten Tübingen, Leipzig und Hamburg, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Im Februar 1934 legte ich in Tübingen die ärztliche Vorprüfung ab. Mein klinisches Studium begann ich in Tübingen, setzte es in Leipzig und Hamburg fort und vollendete es in Tübingen, wo ich im Juli 1937 das Medizinische Staatsexamen bestand.

Während meines Medizinalpraktikantenjahres war ich an der Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Augsburg tätig. Seit Erhalt meiner Bestallung am 15. Februar 1939 bin ich Volontärassistenzärztin an der Augsburger Kinderklinik.

Seit 27. Juli 1937 bin ich verheiratet mit Dr. med. Otfried Goerlich aus Reutlingen. Ich bin Mutter eines Kindes mit Namen Hartmut.